O doszczętnem leczeniu wola w ogólności a o wyłuszczeniu go sposobem Socina w szczególności.

Na podstawie własnych doświadczeń przedstawił

Prof. Dr. Alfred Obaliński.

(Rzecz wyłożona na pierwszym zjeździe Chirurgów polskich).

Jak w ogóle chirurdzy dopiero w ostatnich 15 latach częściej zaczęli się zabierać do radykalnego, to jest operacyjnego leczenia wola, tak i w naszym szpitalu powszechnym dopiero przed dziesięciu laty po raz pierwszy została dokonaną taka operacyja.

W ciągu dziesięciolecia wykonałem ją 50 razy w obec 3423 operacyj w ogóle przedsięwziętych na 10,621 chorych leczonych w tym samym czasie w oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Pomijam szczegółowe opisy przypadków, któreby tylko znużyć mogły a do właściwego nie doprowadziły nas celu, przystępuję wprost do ogólnych uwag, które mi się nasunęły przy rozpatrywaniu mego materyjału.

1) Materyjał nasz powiększał się w prostym stosunku do rezultatów, jakieśmy tym sposobem osiągali, do zaufania własnego w użyte metody, jako też i do zaufania publiczności tą chorobą dotkniętéj. Najlepiéj wykazuje to następująca tablica:

w	roku	1880	operowałem	1 przypadek
„	„	1881	„	2 przypadki
„	„	1882	„	2 „
„	„	1883	„	1 przypadek
„	„	1884	„	1 „
„	„	1885	„	5 przypadków
„	„	1886	„	6 „
„	„	1887	„	7 „
„	„	1888	„	5 „
„	„	1889 [1])	„	19 „
			Razem .	50 przypadków.

Nie ulega kwestyi, że u nas i poprzednio był lub mógł być taki sam materyjał, tylko że ten lub ów ambulant zbyty podówczas przepisem na leki, które nie na wiele mu się przydały, nie namawiał innych podobnie chorych do zgłaszania się w naszych zakładach, podczas gdy obecnie niejednokrotnie mieliśmy sposobność stwierdzenia, że rekonwalescenci po operacyi wola stali się gorliwymi propagatorami w swéj okolicy pomiędzy chorymi podobną chorobą dotkniętymi.

2) Głównem wskazaniem do operacyi były dla mnie przypady duszności, które albo przeszkodą się stawały w zarobkowaniu, albo mąciły przyjemności życia; że jednak u zgłaszającéj się u mnie publiczności musiały odgrywać także nie małą rolę powody kosmetyczne, zdaje się na to wskazywać cyfra operowanych kobiet (35), która znacznie jest większą niż podwójnie wzięta liczba mężczyzn (15).

3) Na 50 operowanych umarło dwoje, co daje 4% śmiertelności, t. z. stosunek bardzo mały wobec tego, jakim on był w czasach przed zaprowadzeniem antyseptyki i wyrobieniem się techniki operacyjnéj. Jak bowiem poucza nas historyja naszéj nauki, to strumektomije były od dawna przez chirurgów zalecane, wykonywane i znów porzucane, a to głównie z powodu wielkiéj śmiertelności nietylko po, ale nawet podczas operacyi. Dla porównania przytaczam tutaj kilka dat statystycznych dotyczących śmiertelności po tych

[1]) Do końca września.

operacyjach. I tak podaje ją Günther na 32·4%, Liebrecht zniża ją już do 19·8%, Knie i Focht do 18·7%. Kocher osiągnął w pierwszéj seryi 11·6%, a w drugiéj nawet 2·4% czyli średnio 7%; Mikulicz 4·3%, a Zesas podobnie jak ja 4%.

Ta wykazana przezemnie śmiertelność stanie się jeszcze niższą, jeżeli zważymy, jakie szczególniejsze czynniki wpłynęły w obydwu w mowie będących przypadkach na sprowadzenie zejścia śmiertelnego.

Piérwszy z nich Michał Kusek, któremu 4/12. 1883 wyciąłem był wól (strumektomia) zmarł wskutek ropnicy, która wzięła początek nie w ranie operacyjnéj lecz w pozostawionym obok rany małym guzie dodatkowym (*struma supernumeraria*), w którym wyrobił się był ropień na podstawie ogniska, powstałego po poprzednich wstrzykiwaniach śródmiąższowych nalewki jodowéj, a czego niezbitym dowodem było podobneż ognisko w wydobytym podczas operacyi dużym guzie. Przy téj sposobności wypowiadam tę samą przestrogę, którą już poprzednio (*Centralblatt f. Chirurgie* 1884, 9) byłem wyrzekł, że owe wstrzykiwania śródmiąższowe nie są tak niewinnemi, jakby się to na pierwszy rzut oka mogło wydawać.

Drugi operowany zmarł w kilkanaście godzin po operacyi (obustronnéj resekcyi wola) z zapadu, a więc w tym przypadku niewątpliwie w następstwie samego rękoczynu. Mimo tego nie mogę nie wspomnieć tutaj o pewnéj okoliczności, która najprawdopodobniej na zejście śmiertelne wpłynąć musiała. Pacyjent ten był chłopcem 17 lat liczącym, według podania od urodzenia wólem obdarzonym, z wyrazem twarzy na pół zwierzęcym, zamiast zwykłéj artykulowanéj mowy, jakiegoś dziwacznego tonu do skrzeczenia podobnego używającym — czyli jednem słowem był skończonym matołkiem (*cretinismus*). Gdy nadto w sierpniu b. r. wól, już dotąd dosyć sporych rozmiarów, jeszcze nagle się powiększył a przezto wywołał znaczną duszność, oddała go opiekunka do naszego zakładu, gdzie, jakkolwiek uznawaliśmy trudność zabiegu, przecież wobec danych okoliczności nie mieliśmy

żadnych skrupułów do przedsięwzięcia u niego operacyi. W dniu 7-ym września wykonałem obustronną resekcyję wóla, przyczem pacyjent wprawdzie stracił nieco więcéj krwi, niż to zazwyczaj bywa, lecz po operacyi okazywał tętno wcale dobre i spał spokojnie oddychając pełną piersią i bez duszności. Mimo to nie wrócił on już do przytomności, zapadał na siłach coraz bardziéj, aż wreszcie pomimo podawania środków wzmacniających i pobudzających w nocy życie zakończył. Sekcyja wykazała tylko wybitną niedokrewność organów wewnętrznych. Nie mogąc jednak przypuścić śmierci z zakrwawienia, gdyż ani podczas operacyi nie była utrata krwi tak bardzo znaczną, ani przesączanie po niéj tak bardzo obfitem, muszę się skłonić do przyjęcia hypotezy, że tutaj odjęcie tak znacznie powiększonego organu, jakim był niniejszy wól, musiało u człowieka dotkniętego matołectwem wywołać wpływ niezwykły, a to tembardziéj, że nawet u ludzi zresztą normalnych, rękoczyn taki wywołać może zmiany objęte mianem *cachexia strumipriva* czyli, jak Kocher słusznie żąda, *thyreopriva*. Nie zdarzyło mi się dotąd napotkać w literaturze opisu przypadku, w którymby operacyja wóla odbyła się na matołku, przeto zdaje mi się, że niniejsze spostrzeżenie zasługuje na uwagę i może przyczynić się do wyjaśnienia niektórych ciemnych stron w kwestyi dotyczącéj rozwoju wolów.

4) Metody operacyjne w tych 5-ciu przypadkach użyte były następujące:

a) Nakłócie z następnem wstrzyknięciem (*punctio — injectio*) . . . . 1 raz
b) Nacięcie i drenowanie (*strumotomia*) . . . 3 razy
c) Wycięcie wola (*strumectomia*) . . . . . . 14 „
d) Odcięcie częściowe wola (*resectio strumae*) . 5 „
e) Wyłuszczenie wola (*enucleatio strumae*) . . 23 „
f) Podwiązanie tętnic tarczowych . . . . . . 4 „

Razem . 50 razy

ad a) Raz tylko spróbowałem w przypadku wybitnego wola torbielowego nakłóć go cienkim trójgrańcem, wypuścić treść jego płynną, a natomiast wstrzyknąć rozcieńczoną na-

lewkę jodową. Skutku nie widziałem żadnego, a natomiast odczyn bardzo znaczny — dlatego w kilkanaście dni przystąpiłem do innego rękoczynu i już więcéj nigdy do téj metody się nie uciekałem; nie nabrałem bowiem do niéj tak samo zaufania, jak go nie mogłem nabrać przy stósowaniu jéj w innych podobnych chorobach, n. p. wodniaku mosznowym (*hydrocele scroti*[1]).

ad b) Strumotomija nie dała mi tak złych rezultatów, albowiem we wszystkich trzech przypadkach, w których jéj użyłem, osiągnąłem cel zamierzony, jednak tylko w dwóch we względnie dosyć prędkim terminie (2—4 tygodni), w trzecim zaś wytworzyła się przetoka, która wymagała kilku miesięcy czasu do wygojenia i pociągała za sobą różne nieprzyjemne następstwa (jak n. p. długotrwałe ropienie, zatrzymywanie się ropy i t. p.), pomimo starannego antyseptycznego postępowania. Postępowanie to polega na przecięciu skóry i torbiela, przyszyciu brzegów tego ostatniego z brzegami pierwszéj i wydrenowaniu lub wytamponowaniu jamy gazą jodoformową po poprzedniem oczyszczeniu téjże mocnym rozczynem karbolu i wysmarowaniu nalewką jodową, a polecałbym je nadal tylko tam, gdzie inne radykalniejsze dla ważnych jakichś powodów nie dałoby się zastósować.

ad c) Na 14 przypadków strumektomii jeden uległ ropnicy i to, jak już powyżéj wykazałem, nie z winy metody, lecz towarzyszących okoliczności; wszystkie inne goiły się szybko przez rychłozrost tak, iż zupełne wygojenie miało miejsce między 15 a 30 dniem. Co do następowych przypadów zauważanych w ciągu leczenia tą metodą operowanych mam do zanotowania następujące uwagi. W kilku przypadkach, osobliwie zaś tam, gdzie odjęto na raz po obu stronach wóle większych rozmiarów, utrzymywało się przez kilka dni po operacyi charakterystyczne charczenie przy głośnym wdechu i chrypliwym głosie; po kilku jednak dniach ustępowały,

[1]) Raz jedyny widziałem niezły skutek z podobnego leczenia w przypadku z praktyki prywatnéj, gdzie jednak guz okazywał kilkanaście drobniejszych torbieli obok siebie położonych.

aby więcéj nie powrócić. W jednym przypadku, w którym u 20-letniéj dziewczyny odjęto na raz po obu stronach wóle dosyć znacznych rozmiarów, wystąpiły były napady podobne do padaczkowych. Wprawdzie twierdziła pacyjentka, że ona podobne napady czasem już w domu miewała; wobec jednak niezbitego faktu, że napady te przez kilka dni po operacyi po kilkakroć się powtarzały, a w ciągu 12 sto-dniowéj obserwacyi w szpitalu przed operacyją ani razu ich nie spostrzeżono, uważałem sobie za obowiązek zwrócenie uwagi szanownych kolegów na szczególniejszy ten związek przyczynowy.

Co do strony technicznéj, to operacyje te odznaczały się tem, że krwotok dawał się szybko i względnie łatwo zatamować, a jedyną trudność stanowiło zazwyczaj uwolnienie podstawy czyli wnęki guza, gdzie ostrożne oddzielanie zawsze było wskazanem dla oszczędzenia nerwu zwrotnego.

ad d) Resekcyję wóla wykonałem 5 razy, 4 razy z dobrym skutkiem, gdyż tylko jeden powyżej już wspomniany umarł, a jeden uległ napadom tężyczki (*tetania*) pomięszanéj z przypadami padaczkowatemi oraz ze zmianami w głosie i oddechu, któreto napady trwały w pełnéj grozie przez dni kilka, potem się nieco zmniejszyły, a ku memu największemu zadowoleniu otrzymałem wiadomość o tymże chorym w pięć miesięcy po jego wyjściu ze szpitala, że nietylko napady owe w zupełności ustąpiły, lecz że on stał się najzupełniéj zdolnym do pracy, czyli że osiągnąłem właśnie cel, który sobie tym razem założyłem. Dla ważności sprawy muszę dodać, że jestto ten sam przypadek, o którym wspomina Mikulicz w pracy swéj umieszczonéj w „Przegl. Lek.“ Nr. 48 z r. 1885 a Trzebicky z jego kliniki w Arch. Lang. XXXVII. 3. Gdy zaś w téj ostatniéj pracy spotykam się z zarzutem, jakobym ja wykonywając resekcyję wola jeszcze przed ogłoszeniem metody Mikulicza, wykonał ją nieodpowiednio a przezto obraził nerwy krtani, co stało się przyczyną owych niemiłych przypadków pooperacyjnych, czuję się obecnie zniewolonym zarzut ten w zupełności odeprzeć. Prawdą jest jedynie tylko to, że ja resekowałem wola przed ogłoszeniem metody Mi-

kulicza: czynił to także Kocher, nie ochrzciwszy postępowania swego osobnem mianem. Plotką jest jednak niczem nie udowodnioną, że ja nieodpowiednio resekując wola zraniłem nerwy krtani, czemu właśnie za pomocą metody Mikulicza ma się zapobiegać. Cała różnica między tegoż postępowaniem a mojem polega jedynie na tem, że on zakłada szczypce tamujące od wspólnego otworu przez środek wola nożyczkami przebitego, gdy ja je zakładam od zewnątrz tak, że one swemi końcami w środku się stykają; w obu zaś razach zaciskają przewiązki nałożone tuż po za szczypcami sam gruczoł w oddaleniu przynajmniéj 1—2 centymetrów od wspomnianych nerwów tak, iż one ani w pierwszym ani w drugim razie obrażenia doznać nie mogą. Żem zaś rzeczywiście w niniejszym przypadku ich nie obraził, niech posłuży za dowód powyżéj wspomniany szczegół, iż chory ten w zupełności i stosunkowo w niedługim czasie do zdrowia powrócił, coby się stać nie mogło, gdyby nerw krtaniowy dolny lub nerw zwrotny doznał był obrażenia. Najpodobniejszą do prawdy jest rzeczą, że obrażenia tego doznają drobniejsze rozgałęzienia tych nerwów w pobliżu wnęki gruczołu tarczowego się rozpościerające, któreto obrażenia według wyjaśnień Jankowskiego z kliniki hejdelberskiéj prof. Jurasza wystarczają, aby wywołać bądź to foniczne bądź respiracyjne zboczenia, które po pewnym czasie przemijają. Mój przypadek dowodzi, że m że przyjść w następstwie ich aż do tężyczki i padaczkowatych napadów, które także po pewnym czasie przeminą. Faktem niezaprzeczonym jest jednak to, że mniejszem jest owo niebezpieczeństwo przy wykonaniu resekcyi wola niż przy strumektomii, jako też, że łatwiejszą jest pierwsza z nich, przeto i ja zgodnie ze zdaniem Mikulicza na podstawie swoich doświadczeń za częstszem wykonaniem resekcyi wola przemawiam.

ad e) Dwadzieścia i trzy razy wyłuszczyłem wól; wszyscy operowani pozostali przy życiu i opuścili zakład jako wyleczeni. Postępowanie moje nie różni się od tego, które podali Socin i Kocher, dlatego nie będę się tu szczegółowo nad

niem zastanawiał, dodam tylko, że w ostatnich czasach przyjąłem dobry pomysł Bosego, który radzi, żeby dla uniknięcia krwotoku podczas operacyi zakładać dren na wnękę gruczołu w podobny sposób, jak to czyni Esmarch swym wężem elastycznym na kończynach.

Przy tėj metodzie trzeba nabyć tylko wprawy w odróżnianiu warstwy gruczołowėj zdrowėj od zwyrodniałėj, jeżeli bowiem natrafimy na właściwą między niemi granicę, natenczas odbywa się wyłuszczenie guza lub guzów zwyrodniałych nadzwyczaj łatwo, a nadto mamy jeszcze tę korzyść, że pozbywamy chorego tylko tych zwyrodniałych części, podczas gdy zdrowe pokłady gruczołu tarczowego pozostają zachowane. Wobec nie rozstrzygniętėj jeszcze kwestyi, czy usunięcie gruczołu tarczowego staje się przyczyną owych przykrych zboczeń nazwanych *cachexia thyreopriva*, zasługuje metoda w mowie będąca na szczególniejsze uwzględnienie.

Po ogłoszeniu świetnych rezultatów zdobytych tą metodą przez obydwóch wymienionych operatorów szwajcarskich dały się słyszeć głosy, że metoda ta nie daje się w przeważnėj liczbie przypadków zastosować z powodu niewyraźnėj granicy między warstwą prawidłową a zwyrodniałą. Zdanie to podzielają także Mikulicz i Trzebicky a ten ostatni zdaje się nawet przechylać do przypuszczenia Hahna, że w Szwajcaryi przeważa forma wólów guzowata, w którėj warstwy wybitne nadają się do tego rodzaju operacyi, podczas gdy w innych okolicach Europy przeważa forma rozlana odznaczająca się brakiem owėj wybitnėj granicy między warstwą prawidłową a zwyrodniałą. Otóż na podstawie mojėj statystyki mogę stanowczo zaprzeczyć tym twierdzeniom, przynajmniėj co do naszego kraju. Od czasu jak zacząłem używać tėj metody wyłącznie, t. j. od roku 1887, usiłowałem ją wykonać w 25 przypadkach, a zdołałem w 20, co tyle znaczy, że 80% przypadków wola są tego rodzaju, że da się w nich zastósować metoda wyłuszczenia.

Nie mogę przemilczeć jednak o jednėj okoliczności nie bez znaczenia, t. j., że w przeważnėj liczbie przypadków w ten sposób operowanych napotykamy dosyć poważne krwa-

wienie już to podczas saméj operacyi, już też w pierwszéj dobie po niéj. Pierwszemu możemy skutecznie zapobiedz wspomnianem już powyżéj obciśnięciem wnęki za pomocą drenu, drugie zaś wymaga tamponady rany gazą jodoformową, którą po kilku dniach odejmujemy. Nigdy jednak niema krwotoku tak znacznego, żeby aż zagrażał życiu, gdyż jest on przeważnie miąższowym, a przyczyna jego tkwi najprawdopodobniéj w degeneracyi ścian naczyń krwionośnych, które w skutku tego stają się bardzo kruchemi.

W ostatnich czasach połączyłem wyłuszczanie z resekcyją t. z. że po ukończonem wyłuszczeniu nakładam w miejsce elastycznéj opaski Bosego kilka przewiązek jedwabnych i odcinam część warstwy gruczołowéj po nad niemi pozostałéj; tym sposobem chronię się od krwawienia następowego a pozostawiam jeszcze tyle warstwy gruczołowéj tworzącéj wnękę, że obawy niema, aby pojawiła się owa *cachexia thyreopriva*. Bardzo się ucieszyłem, gdy w 28-ym Nrze *Deut. med. Wochenschrift* przeczytałem referat z najnowszéj pracy Kochera, który tam taki sam sposób postępowania opisuje i jako normalny poleca.

ad f) Podwiązania tętnic tarczowych dokonałem w 4 przypadkach, a mianowicie w jednym wszystkich czterech, w dwóch tylko po jednéj stronie, a w jednym trzech t. j. obu górnych i jednéj dolnéj. W tym ostatnim przypadku miałem wprawdzie zamiar podwiązać i czwartą, lecz zaniechałem tego z powodu, że gdy właśnie do téj czynności się zabierałem, powstał w miejscu dopiero co podwiązanéj tętnicy tarczowéj górnéj tak silny krwotok, iż celem zatamowania go musiałem podwiązać tętnicę szyjną wspólną. Krwotok ten powstał albo skutkiem zsunięcia się przewiązki albo pęknięcia kruchego naczynia tuż obok przewiązki, czego jednak na pewno ocenić nie mogłem, gdyż nie udało mi się odszukać końców tętnicy po przewiązaniu przeciętéj. W każdym razie powinno to być przestrogą, że w tych przypadkach powinno się raczéj tylko jednę zakładać przewiązkę i tętnicy nie przecinać. Jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że po podwiązaniu wszystkich czterech tętnic tarczowych wól się nie tylko zmniej-

sza, ale czasem nawet zupełnie zanika, to ja jednakże na podstawie mego, acz skąpego, doświadczenia nie mogę tak bezwzględnie polecać tego postępowania, a to z następujących powodów:

1) Że zmuszeni jesteśmy zadać ran 2, a nawet 4, co znacznie przyczynia się do oszpecenia.

2) Że na skutki tej terapii czekać trzeba kilka miesięcy a nawet i dłużéj.

3) Że metoda ta należy do trudniejszych, gdyż pomimo najlepszéj wprawy częstokroć nie tak prędko udaje się odszukać jednę lub drugą tętnicę tarczową, a to z powodu zmienionych stosunków anatomicznych.

4) Że w razie zupełnego zaniku gruczołu tarczowego nie usuniętą jest obawa przed możliwością powstania kacheksyi.

Na podstawie powyższych doświadczeń pozwalam sobie wypowiedzieć zdanie, że wyłuszczenie zwyrodniałych guzów z pomiędzy warstwy gruczołu tarczowego prawidłowego uważać należy za postępowanie normalne, od którego odstąpić należy tylko w tych wyjątkowych przypadkach, gdzie natrafimy na jednostajny rozrost istoty gruczołowéj; w tych wskazaną jest resekcyja wóla. Wycięcie wóla zupełne i podwiązanie naczyń tarczowych użytem być powinno tylko w pewnych szczególniejszych przypadkach n. p. wóla złośliwego lub bardzo unaczynionego.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1890.

Kraków, 1890. — Drukarnia Uniw. Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.